

Betablocker nützen Koronarkranken bei nicht-kardialen Operationen

k -- Andersson C, Mérie C, Jørgensen M et al. Association of beta-blocker therapy with risks of adverse cardiovascular events and deaths in patients with ischemic heart disease undergoing noncardiac surgery. JAMA Intern Med 2014 (März); 174: 336-44

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Markus Häusermann

Bei bestehender koronarer Herzkrankheit sind die Studiendaten widersprüchlich, ob für nicht-kardiale Operationen Betablocker weiter gegeben oder abgesetzt werden sollten. Anhand des nationalen Patientenregisters von Dänemark analysierten die Studienverantwortlichen zwischen Oktober 2004 und Ende 2009 den Verlauf nach 28'263 nicht-kardialen Operationen an Männern und Frauen mit koronarer Herzkrankheit. Davon hatten 12'601 (45%) früher einen Myokardinfarkt durchgemacht. Verglichen wurden die Anzahl schwerer Kreislaufergebnisse (Hirnschlag, Myokardinfarkt oder Herztod) und die Gesamtzahl der Todesfälle innert 30 Tagen nach Operation zwischen den Gruppen mit oder ohne Betablocker-Einnahme.

In der gesamten Kohorte unterschieden sich die Komplikationsraten mit oder ohne Betablocker nicht signifikant. In der Hochrisikogruppe mit Herzinsuffizienz (7'990 Operierte) erlitten 795 (10%) Personen postoperativ eines der oben definierten Kreislaufergebnisse und insgesamt 985 (12%) starben. Bei denjenigen Kranken, die Betablocker einnahmen (53%), traten postoperativ signifikant weniger Kreislaufergebnisse («Hazard Ratio» $HR=0,76$) und weniger Todesfälle als in der Gruppe ohne Betablocker ($HR=0,80$) auf. Ohne Herzinsuffizienz (3% Kreislaufergebnisse, 4% Todesfälle) machte die Einnahme von Betablockern keinen Unterschied. Bei insgesamt 1'664 Operierten mit weniger als zwei Jahre zurückliegendem Myokardinfarkt ereigneten sich unter Betablockern signifikant weniger Kreislaufergebnisse als ohne Betablocker ($HR=0,54$, 95% CI 0,37-0,78), jedoch nicht signifikant weniger Todesfälle ($HR=0,80$, 95% CI 0,53-1,21).

Die am besten dokumentierten Indikationen für Betablocker sind eine Herzinsuffizienz und die erste Phase nach einem Myokardinfarkt. Diese zwar retrospektive, dafür aber eine enorme Fallzahl erfassende epidemiologische Studie zeigt bei nicht-kardialen Operationen genau für diese beiden Gruppen einen Vorteil zugunsten der Betablockertherapie, was einen kausalen Zusammenhang wahrscheinlich macht. Praktisch heisst das, dass eine klar indizierte Betablockertherapie bei einer notwendigen Operation unverändert weitergeführt werden soll. Da in anderen Studien mit hoch dosierten Betablockern postoperative Komplikationen vermehrt aufgetreten sind, sollte beim Entscheid berücksichtigt werden, dass Kranke mit stabiler chronischer koronarer Herzkrankheit ohne Herzinsuffizienz von einer perioperativen Betablockertherapie nicht profitieren, und die Dosierung sollte individuell angepasst werden muss.

Zusammengefasst und kommentiert von Markus Häusermann